

20, Abd. Malik Bin Marwan St

Post Box - 3096

Riyadh - 11471

مستشفى الهلال الأخضر
Green Crescent Hospital

13-JUL-20 05:24 PM

Medisys ID: R06201

التاريخ 1441/11/22

SICK LEAVE REPORT

No 036400 / 2020 الرقم

Patient Type

Out Patient

Patient Name	ZAHID IQBAL A	اسم المريض	زاهر إقبال
Medical Record No	72397624	رقم السجل الطبي	72397624
Gender	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	الجنس	<input checked="" type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> انثى
Nationality	PAKISTANI	الجنسية	باكستاني
Date of Birth	21/11/1990	تاريخ الميلاد	21/11/1990
Occupation	Employee	المهنة	Employee
Place of Work		جهة العمل	
Date of Visit	13/07/2020	تاريخ المراجعة	1441/11/22
Adm. Date		تاريخ الدخول	
Discharge Date		تاريخ الخروج	

Recommendation

التوصيات

Following medical examination, patient was found

بالكشف على المرض تبين انه

<input type="checkbox"/>	Unable to work temporarily	غير قادر علي العمل مؤقتا	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	Need Complete rest at Home	يحتاج للراحة التامة في المنزل	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Needs to recover from illness/Surgery in Hospital	يحتاج للتعافي من مرض او اجراء جراحي بالمستشفى	<input type="checkbox"/>

We recommend Sick leave for 14 days (s)

ونوصي بالاتي : منحه اجازته مرضيه لمدة 14 يوم

Starting From 13/07/2020 To 26/07/2020

اعتبارا من 1441/11/22 هـ إلى 1441/12/05 هـ

<input checked="" type="checkbox"/>	Follow up before end of sick leave	مراجعته الطبيب المعالج قبل انتهاء اجازته	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	Approval of sick leave	اعتماده التقرير الطبي	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Cannot be treated at this facility	من غير الممكن علاجه في المستشفى	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Permanent or partial disability	حالته تدل على عجزه الصحي عن العمل بصورة جزئية أو قطعية	<input type="checkbox"/>

Remarks

SUSPECTED CASE OF COVID-19. FOR 14 DAYS HOME ISOLATION.

ملاحظات

Treating Physician Name: Dr. INAS A ABDEL RAHMAN

د/ ايناس

اسم الطبيب المعالج

SPECIALITY: PULMONOLOGIST License No.

رقم الرخص

صدرية

التخصص:

Associate Physician Name :

طبيب مشارك اسم :

SPECIALITY: _____ Date: 13/07/2020 التاريخ

التخصص:

Approval by the Medical Director

Stamp

MEDICAL DIRECTOR

Signature:



تصديق المدير الطبي

مدير الطبي

التوقيع